

受験番号 ※

山口赤十字病院 看護補助業務職員採用試験願書

令和 年 月 日現在

ふりがな			男 女
氏 名	印		
生 年 月 日	昭和 平成	年 月 日生 (才)	

写 真

無帽、上半身
(3ヶ月以内に撮影のもの)

4 × 5 cm

ふりがな			TEL	
現住所	〒			
合格通 知等の 送付先	ふりがな			TEL
	住所	〒		
	ふりがな			本人と の関係
	氏名			

年	月	学歴・職歴 (各別にまとめて書く)

- 記入上の注意
- ※の欄は記入しないで下さい。
 - 該当事項を○で囲んで下さい。

次ページにも必要事項を記載して提出して下さい。

